

## がん体験者の適応に関する研究の動向と課題

砂 賀 道 子<sup>1)</sup>, 二 渡 玉 江<sup>2)</sup>

(2007年9月30日受付, 2007年12月10日受理)

**要旨:** 本研究の目的は, 1997年1月から2007年3月までに掲載されたがん体験者の適応に関する論文から看護研究の動向と課題を明らかにすることである。医学中央雑誌を用いて, 「適応」「がん体験」「生きる (意味)」「がんリハビリテーション」「自己概念」とがん患者, 看護をキーワードとして検索した190件の原著論文を研究対象とした。研究論文数, 方法などについては記述統計値を算出し, 研究内容については内容分析を行った。その結果, 適応に関する研究は2001年を境に飛躍的に増加した。研究デザインでは因子探索研究が76.3%を占め, 研究の対象時期は, サバイバーシップにおける一連の治療が終了するまでの急性期の時期が最も多かった。研究内容は【1. がんの進行や治療がもたらす苦痛や困難への対処】【2. 困難に立ち向かうための意志力の獲得と自己変容のプロセス】【3. がんとともに生きる体験とその意味づけ】【4. 心理・社会的適応へのサポート】【5. 看護介入のためのツール開発とその効果】【6. 終末期がん患者と家族のスピリチュアリティと死の受容・悲嘆のプロセス】の6カテゴリに分類された。今後の課題として, 長期的な適応の視座でがんとともに生きるがん体験者を理解し, サバイバーシップのプロセスを支援する看護介入方法やサポートシステムの確立に向けた研究が重要であることが示唆された。

**キーワード:** がん体験者, 適応, サバイバーシップ

### 1. はじめに

2007年4月よりがん対策基本法が施行され, がん対策に対する社会からの要請が高まる中で, がん医療における看護の果たす役割の重要性も高まってきている。がん対策基本法の基本理念には, 適切なインフォームドコンセント, 最新のがん医療に関する情報開示, 治療法の拡大, がんによる苦痛の軽減と日常生活への適応に向けたリハビリテーションや生活の質の向上などが謳われている。欧米ではじまった『がんの進行度や病期などを越え, がんと診断されてから死の瞬間まで生存者であり続ける』という, がんサバイバーシップの概念は日本でも浸透し, 何年生きるかではなく, どう生きるかという生命の質を問われるようになった<sup>1)</sup>。これからのがん看護においては, 身体的・心理的・社会的側面を含めた全人的なアプローチを行い, 生活者としての視点でがん体験者の支援をすること, がんに罹患した人が安定した気持ちでがんと向き合えるよう

な支援が必要とされる。

がん患者は治療による身体的・情緒的な後遺症や限界, ボディイメージの変化を体験し, 以前の自分ではないことに戸惑うなど不確かさの中で, 不安や孤独感を感じる人が多いと言われている<sup>2)</sup>。近年のがん治療の高度化は, がん患者の長期生存を可能にしたが, 一方で, 長期に不安やストレスを抱えて生活する人々が増加しているのも事実である。適応に関する先行研究の中で, 渡辺<sup>3)</sup>は心理的適応について「がんというストレスフルな体験によって引き起こされたストレス反応である不安定な心理状態が回復し, 新しい価値観を持てるようになった状態であり, 不安, 抑うつ, 怒りなどの否定的感情がコントロールされ, がんとしっかり向き合い, がんによって起こる困難な出来事に積極的に対処している状態である。」と定義している。Benner<sup>4)</sup>は, 「人が何をストレスとし, どのような対処の可能性を持つかは, その人が自分の状況をどのよ

<sup>1)</sup>群馬大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程

<sup>2)</sup>群馬大学医学部保健学科

うに意味づけるかにかかっている。この意味づけに、自己の能力に関する気付きや他者との関係性に関する認識は大きな影響を与えている。がん体験者のこのような気付きや認識が、適応への主体的な行動を動機付ける。」と述べている。また、藤田<sup>5)</sup>は survivorship の観点から、「がん体験者の退院後の適応を支援するための方向性を見出すためには、がん体験者がストレスフルな体験を通して獲得される力、がんと共に生きる生活に上手く歩み寄るために、自己と環境との関係を再調整して適応を支えていく折り合いをつける力 (mastery)」に着目している。以上のことから、がんと共に生きる人々の生涯にわたる“適応”を支えていくことは、がん看護にとって重要な課題であると言える。

1988年から1997年のがん看護学領域における研究の動向を調査した嶺岸<sup>6)</sup>は、「今後の重要度が増すであろうと予測される研究は、がんと共に生きる長い期間を視野に入れたりハビリテーション期の研究である。」と示唆していたことから、長期的な適応の視座でこの10年間のがん体験者に関する研究論文を検討し、今後の課題を考察することは意味のあることであると考えられる。

## II. 研究目的

1997年から2007年3月までの間に掲載されたがん体験者の適応に関する論文から、看護研究の動向と課題を明らかにする。

## III. 用語の定義

先行研究を調査していくと、適応という概念は、“適応”という言葉で言い表すにはあまりにも広い概念であり、一側面から“適応”を捉えるのではなく、多側面からの捉え方が必要であることが考えられた。そのため本研究における“適応”は、身体的・心理的・社会的など一側面からの“適応”と捉えることはしない。本研究の意図する“適応”という概念は、以下のとおりである。

「がん罹患というストレスフルな体験は、不安定な心理状態や否定的感情をもたらす。しかし、疾患や治療、予後など先の見えない不確かさの経験は、人生を貴重なものと意味づけることに繋がり、家族や医療者、同病者などのソーシャルサポートを適切に受けることにより、積極的なコーピング行動が可能となる。また、自分の存在価値や自己の能力に気付き、他者との関係性の中で自尊感情や自己効力感を高め、新たな自己概念を形成することで、自分の状況を肯定的に意味づけ、

生きる意味を見出していく。」ということである。

このようながん体験を通して獲得した困難に対処する力、折り合いをつける力により、がんと共に生きることができるようになることを“適応”と定義する。

## IV. 研究方法

### 1. 研究対象

1997年1月～2007年3月までに Web 版医学中央雑誌 (Ver.4) に掲載された“適応”に関する研究論文である。

### 2. 対象文献の検索および選定

まず、“適応”に関する文献検索の範囲を明らかにするために、前述の定義より《適応を構成する要素》として、「適応」「がん体験」「生きる (意味)」「自己概念」「がんリハビリテーション」を選択した。それらの要素ごとに「がん患者」「看護」さらに「原著論文」を掛け合わせる方法で対象文献を検索した。研究対象文献としての選定は、本研究の意図と合致する文献であれば、たとえ1つの構成要素で検索したものであっても採用とし、逆に、重複して検索されても本研究の意図と異なると考えられる文献に対しては非採用とした。どのような構成要素が、どのように関連しあい適応に繋がっていくかを示すため、先行研究から導いた概念図を図1に示す。文献選定の判断は原著論文を原則とし、研究結果から適応に関する示唆が得られるもの、看護の視点で書かれているもの、本研究の意図する研究内容であることを基準とした。判定基準から外れていると考えられる文献に関しては、それらの内容を2名の研究者で再度確認した上で協議をして決定した。

### 3. データ分析

#### 1) データ化

山澄ら<sup>7)</sup>の文献研究を参考として、研究内容に合わせて修正した分析フォームを用いて対象文献をデータ化した。分析フォームは、複雑多岐にわたる“適応”に関する文献の内容を簡潔に示すためのフォーマットとして有用であると考え、研究の種類、研究デザイン、データ収集方法、分析方法、研究対象、対象者の病期、がんの種類、研究内容を項目として使用した。研究デザインは Diers.D の臨床看護研究の分類<sup>8)</sup>を基に分類した。研究内容については、各文献を精読し、その内容を表す一文として、その意味内容に忠実に要約し、研究内容コードとした。

#### 2) データ分析

研究内容以外の項目については、Excel 2003に入力し、記述統計値を算出した。研究内容については、研

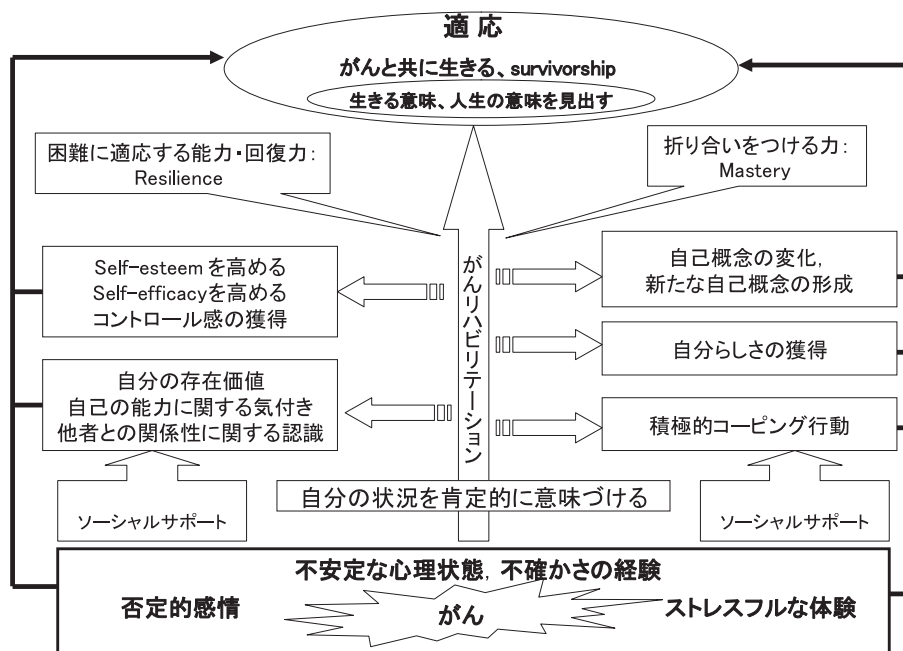


図1 がん体験者の適応についての概念図

究内容コードを Berelson.B の内容分析の手法<sup>9)</sup>を参考に意味内容の類似性に基づき分類・命名し、カテゴリ化した。

### 3) 分析の信用性の確保

分析の信用性は、共同研究者間による検討を行い、その確保に努めた。研究者間で判断が困難である場合には、繰り返し討議を行い、検討を重ねた上で決定した。

## V. 結果

### 1. 適応に関する対象文献数と発表年次別推移(表1)

1997年1月から2007年3月までに発表された“適応”に関する対象文献数は、190件であった。1997年5件、1998年6件、1999年10件、2000年14件、2001年23件、2002年23件、2003年30件、2004年18件、2005年35件、2006年23件、2007年3件であった。

### 2. 研究の種類とデザイン

研究の種類は、質的研究138件(72.6%)、量的研究36件(18.9%)、質量併用16件(9.5%)であった。研究デザインは、因子探索研究が最も多く145件(76.3%)、次いで関連検証研究24件(12.6%)因果仮説検証研究9件(4.7%)、関係探索研究が8件(4.2%)、であった。その他4件(2.1%)は、尺度開発のための信頼性・妥当性の検討などであった。

### 3. 研究方法(重複集計)

データ収集は、面接法が最も多く114件(42.1%)

で、そのほとんどがインタビューガイドに基づいた半構成的面接であり、観察法と組み合わせて行っていたものもあった。以下、観察法42件(15.6%)、既存の標準化尺度を使用した質問紙法42件(15.6%)、診療録・看護記録28件(10.4%)、自作質問紙21件(7.8%)、その他22件(8.2%)であった。既存の標準化尺度の使い方としては、不安の指標として STAI と POMS,MAC を用いたり、QOL の評価に POMS, MAC, IES-R,EORTC QLQ-C30など複数の尺度を組み合わせる研究がみられた。また、介入研究などでは STAI, POMS,MAC などの尺度を用いたあとに質的なデータ収集を行うなどの triangulation もみられた。

分析方法は、質的帰納的分析法が最も多く87件(40.5%)であった。ただし、質的分析法に関しては論文中に明確に方法としての記載がないものについて、研究者の判断で分類したものが含まれている。以下、質的方法では内容分析36件(16.7%)、現象学的方法13件(6.0%)、グラウンデッドセオリー法10件(4.7%)、エスノグラフィー法4件(1.9%)であった。量的方法では推測統計40件(18.6%)、記述統計25件(11.6%)であった。

### 4. 研究対象(重複集計)

研究対象は、患者161件(78.5%)、家族30件(14.6%)、看護師12件(5.9%)、その他、医師2件(1.0%)であった。

表1 分析項目別にみた記述統計年次推移

|          |                       | 数 (%)      | 小計  | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|----------|-----------------------|------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 年次別研究数   |                       |            | 190 | 5    | 6    | 10   | 14   | 23   | 23   | 30   | 18   | 35   | 23   | 3    |
| 1. 研究の種類 | 1. 質的研究               | 138 (76.6) |     | 5    | 5    | 8    | 11   | 11   | 15   | 21   | 13   | 30   | 18   | 1    |
|          | 2. 量的研究               | 36 (18.9)  |     | 0    | 0    | 2    | 2    | 11   | 5    | 6    | 3    | 4    | 3    | 0    |
|          | 3. 質量併用               | 16 (9.5)   |     | 0    | 1    | 0    | 1    | 1    | 3    | 3    | 2    | 1    | 2    | 2    |
|          |                       |            | 190 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 2. デザイン  | 1. 因子探索研究             | 145 (76.3) |     | 3    | 5    | 8    | 12   | 10   | 14   | 24   | 15   | 32   | 21   | 1    |
|          | 2. 関係探索研究             | 8 (4.2)    |     | 0    | 0    | 1    | 0    | 2    | 2    | 3    | 0    | 0    | 0    | 0    |
|          | 3. 関連検証研究             | 24 (12.6)  |     | 0    | 1    | 1    | 1    | 9    | 3    | 1    | 3    | 2    | 1    | 2    |
|          | 4. 因果仮説検証研究           | 9 (4.7)    |     | 1    | 0    | 0    | 1    | 1    | 3    | 1    | 0    | 1    | 1    | 0    |
|          | 5. その他                | 4 (2.1)    |     | 1    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    |
|          |                       |            | 190 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 3. データ収集 | 1. 質問紙(既存の尺度)         | 42 (15.6)  |     | 1    | 1    | 2    | 1    | 12   | 7    | 8    | 3    | 2    | 3    | 2    |
|          | 2. 自作質問紙              | 21 (7.8)   |     | 0    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 7    | 2    | 4    | 2    | 0    |
|          | 3. 面接法                | 111 (42.4) |     | 4    | 5    | 8    | 9    | 9    | 13   | 16   | 14   | 22   | 13   | 1    |
|          | 4. 観察法                | 42 (15.6)  |     | 0    | 3    | 3    | 6    | 3    | 7    | 7    | 2    | 5    | 5    | 1    |
|          | 5. 診療録・看護記録           | 28 (10.4)  |     | 1    | 1    | 1    | 5    | 1    | 4    | 3    | 5    | 6    | 0    | 1    |
|          | 6. その他                | 22 (8.2)   |     | 1    | 0    | 0    | 1    | 2    | 5    | 4    | 0    | 4    | 5    | 0    |
| *重複集計    |                       |            | 269 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 4. 分析方法  | I. 量的方法               |            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|          | 1. 記述統計               | 25 (11.6)  |     | 1    | 0    | 0    | 2    | 5    | 3    | 6    | 1    | 3    | 3    | 1    |
|          | 2. 推測統計               | 40 (18.6)  | 65  | 0    | 1    | 2    | 1    | 12   | 7    | 7    | 4    | 2    | 2    | 2    |
|          | 3. その他の統計             | 0 (0)      |     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
|          | II. 質的方法              |            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|          | 4. 内容分析               | 36 (16.7)  |     | 1    | 0    | 0    | 1    | 3    | 6    | 0    | 5    | 1    | 9    | 0    |
|          | 5. グラウンデッド・セオリー       | 10 (4.7)   |     | 0    | 0    | 1    | 1    | 1    | 2    | 1    | 0    | 2    | 2    | 0    |
|          | 6. エスノグラフィ            | 2 (1.9)    | 150 | 0    | 1    | 1    | 0    | 0    | 1    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    |
|          | 7. アクションリサーチ          | 0 (0)      |     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
|          | 8. 現象学的方法             | 13 (6.0)   |     | 0    | 1    | 1    | 0    | 2    | 1    | 3    | 0    | 4    | 1    | 0    |
|          | 9. その他質的方法            | 87 (40.5)  |     | 4    | 3    | 5    | 10   | 6    | 7    | 18   | 10   | 15   | 8    | 1    |
| *重複集計    |                       |            | 215 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 5. 研究対象  | 1. 患者                 | 161 (78.5) |     | 4    | 6    | 7    | 13   | 21   | 20   | 24   | 13   | 29   | 22   | 2    |
|          | 2. 家族                 | 30 (14.6)  |     | 1    | 0    | 1    | 1    | 4    | 4    | 4    | 6    | 4    | 4    | 1    |
|          | 3. 看護師                | 12 (5.9)   |     | 0    | 0    | 2    | 2    | 2    | 0    | 3    | 0    | 2    | 0    | 1    |
|          | 4. その他                | 2 (1.0)    |     | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    |
| *重複集計    |                       |            | 205 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 6. 研究時期  | I. 急性期                |            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|          | 1. 診断確定・告知            | 4 (2.1)    |     | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 0    | 1    | 0    | 0    | 1    | 0    |
|          | 2. 初期治療期              | 37 (19.2)  | 74  | 1    | 2    | 3    | 3    | 3    | 6    | 5    | 3    | 6    | 5    | 0    |
|          | 3. 追加治療期              | 33 (17.1)  |     | 0    | 0    | 1    | 5    | 6    | 0    | 4    | 4    | 10   | 3    | 0    |
|          | II. 慢性期               |            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|          | 4. 退院後の症状安定期・慢性期      | 49 (25.4)  | 59  | 2    | 1    | 0    | 3    | 9    | 7    | 9    | 4    | 7    | 6    | 1    |
|          | 5. 再発期                | 10 (5.2)   |     | 0    | 1    | 1    | 0    | 0    | 0    | 3    | 2    | 2    | 1    | 0    |
|          | III. 終末期              |            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|          | 6. 終末期                | 29 (15.0)  | 36  | 0    | 1    | 2    | 2    | 4    | 3    | 1    | 3    | 6    | 6    | 1    |
|          | 7. 死別後                | 7 (3.6)    |     | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 1    | 1    | 2    | 1    | 0    | 1    |
|          | IV. 2期以上の縦断的研究        |            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|          | 13 (6.7)              |            |     | 0    | 1    | 1    | 1    | 0    | 4    | 4    | 0    | 1    | 1    | 0    |
|          | V. その他                | 11 (5.7)   |     | 2    | 0    | 0    | 0    | 0    | 3    | 2    | 0    | 1    | 0    | 0    |
| *重複集計    |                       |            | 193 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 7. がんの種類 | 1. 乳がん                | 59 (24.5)  |     | 3    | 1    | 5    | 5    | 10   | 9    | 7    | 5    | 10   | 3    | 1    |
|          | 2. 消化器がん              | 58 (24.1)  |     | 1    | 2    | 4    | 3    | 6    | 6    | 7    | 5    | 17   | 6    | 0    |
|          | *消化器がんについては、総数のみを表記した |            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|          | A: 上部消化器              |            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|          | B: 肝・胆・膵              |            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|          | C: 下部消化器              |            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|          | 3. 肺がん                | 24 (10.0)  |     | 1    | 0    | 0    | 6    | 2    | 2    | 1    | 3    | 6    | 2    | 1    |
|          | 4. 頭頸部がん              | 13 (5.4)   |     | 0    | 1    | 0    | 1    | 0    | 2    | 4    | 0    | 2    | 3    | 0    |
|          | 5. 婦人科がん              | 25 (10.4)  |     | 2    | 1    | 2    | 4    | 3    | 0    | 6    | 1    | 4    | 2    | 0    |
|          | 6. 血液系がん              | 14 (5.8)   |     | 0    | 0    | 0    | 2    | 3    | 1    | 4    | 2    | 2    | 0    | 0    |
|          | 7. その他                | 16 (6.6)   |     | 1    | 0    | 1    | 1    | 1    | 3    | 2    | 5    | 1    | 0    | 0    |
|          | 8. 特定不可               | 33 (13.3)  |     | 0    | 2    | 1    | 1    | 6    | 5    | 4    | 2    | 2    | 8    | 1    |
| *重複集計    |                       |            | 241 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

## 5. 研究時期（重複集計）

研究時期は、がんサバイバーシップの季節<sup>10)</sup>を参考に【Ⅰ期：acute stage】：急性期の生存の時期（がんの発見から一連の治療終了まで）、【Ⅱ期：extended stage, および permanent stage】：延長された生存の時期（病気が治療に反応して一区切りした

時点から維持療法を含め、延長された生存の時期）および長期的に安定した生存の時期（変化のない時期、ただし再発を含む）、【Ⅲ期：final stage】：終末期の生存の時期（死にゆく事）として分類した。その結果、Ⅰ期74件（38.3%）、Ⅱ期59件（30.6%）、Ⅲ期36件（18.7%）、2期以上にわたる縦断的研究13件（6.7%）、



表2 研究内容（一部抜粋）

N=190

| ＜コード＞   | 「サブカテゴリ」   | 【カテゴリ】  |
|---|--|---|
| <p>胃がん手術体験者の術後生活におけるストレスとコーピング</p> <p>初めて放射線療法を受けるがん患者の気持と対処行動</p> <p>化学療法を受けている乳がん切除術後患者の不安定さの知覚と対処行動との関係</p> <p>がんで病の返り手術を受ける患者の体験とコーピング行動</p> <p>在宅ターミナル患者を介護する家族のストレス・コーピング</p> <p>乳がん再発患者がQOLを向上するために行う困難への対処と支援者としての役割</p> <p>自己評価やコーピング行動、心持ちなどが乳癌術後患者の運動量・生活制限に与える影響</p> <p>放射線治療を受けて手術に臨んだ患者の術後の認知・行動とコーピングの経時的変化</p> <p>外来で化学療法を受けながら生活するがん患者の困難と対処行動</p> | <p>【1-1】治療や困難な状況に対するストレス・コーピング（30コード）</p>              | <p>1. がんの進行や治療がもたらす苦痛や困難への対処（58コード:30.5%）</p>           |
| <p>乳癌患者の術後合併症と日常生活への影響に関する文献研究</p> <p>無き人（本人）の急性付随性自前がん患者におけるQOLの要因とQOL低下に関連する要因</p> <p>外来化学療法を受けているがん患者のQOLに影響要因</p> <p>乳房温存療法で放射線治療中の乳癌乳がん患者の思いと日常生活上の困難</p> <p>切除後1年以上経過した胃がん術後患者が新しい胃の感覚を握りこたへへの苦悩</p> <p>化学療法を受けるがん患者の入院に伴う生活支障及びソーシャルケア行進と治療決断との関係</p> <p>遠方にあるがん患者の在宅療養における苦悩とソーシャルケア行進の支援</p>   | <p>【1-2】治療によるQOLの変化と日常生活における困難に対するソーシャルケア行進（16コード）</p> |   |
| <p>腎臓造設した術後がん患者の症状体験と対処行動</p> <p>婦人科がん患者の術後尿閉・排尿困難に対する認識と対処方法</p> <p>がん患者のがん治療に対する認知と対処行動</p> <p>がん治療に対する患者の意識と対処行動</p>   | <p>【1-3】病気の認知と治療がもたらす身体状況へのイメージと対処行動（12コード）</p>        |   |
| <p>がん罹患による社会的苦痛と社会的自己存在の認識との関係性</p> <p>がん患者の入院期間におけるうつ・適応障害の比較</p> <p>身体の不調に気づいてからがん告知を受けるまでの患者の気持ちの変化と自己意識</p> <p>がん末期患者の在宅への移行における気持ちの変化と影響要因</p> <p>乳房温存療法を受ける乳がん患者の術後1年間の心身の変化</p>  | <p>【2-1】がん罹患と治療による心理・社会面の変化（14コード）</p>                 | <p>2. 困難に立ち向かうための意思力の獲得と自己変容のプロセス（40コード:21.1%）</p>      |
| <p>化学療法を受けている乳がん患者の治療に対する受け止め方</p> <p>完全全摘手術を受けた患者の身体的自己の認知と適応する過程</p> <p>病状で社会生活を送っている乳がん患者の適応に向けた自己認識と自己概念の形成過程</p> <p>胃切除術を受ける胃がん患者の心理的課題克服への取り組みと体験学習による自己認識の変化</p> <p>乳がん患者のがん治療の経験による自己概念の変化の持つ意味</p>   | <p>【2-2】がん体験による自己意識・自己概念の変化（11コード）</p>                 |   |
| <p>がん体験者が病気の経験を語り得る人としての役割を担う過程</p> <p>がん患者が治療を継続する中で認識している医師・対処・適応の関係性についての検討</p> <p>乳癌患者の発病プロセスと心理的適応との関係</p> <p>婦人科がん患者の病状体験に起因する心理的回復過程と自己効力感との関係</p>   | <p>【2-3】がん体験者の心理的適応と適応に関連する要因（8コード）</p>                |   |
| <p>乳がん切除術・乳房温存術の選択に影響を及ぼす要因</p> <p>慢性肺病後患者の下肢切断術と意思における納得の仕方とそれに伴った看護援助</p> <p>治療を自己決定したがん患者の療養過程における思いと必要な支援</p> <p>がん患者の療養上における自己決定行動の支援</p>  | <p>【2-4】がん患者の治療に対する意思決定・自己決定（7コード）</p>                 |   |
| <p>高齢患者のがん治療における苦痛へのコーピングと意識づけの関係</p> <p>長年同居を続けるがんリハビリーが生きる意味を見いだすプロセス</p> <p>長年療養生活を送るがん患者にとっての希望の意味とその構造</p> <p>がん手術後5年以上経過した患者とその家族員の社会復帰過程におけるがん罹患の意味づけ</p>  | <p>【3-1】がん患者の生きる体験とその意味づけ（24コード）</p>                   | <p>3. がんとともに生きる体験とその意味づけ（39コード:20.5%）</p>               |
| <p>手術を受けるがん患者に付き添う家族の体験</p> <p>進行肺がん患者の生の過程とそれを支える家族の苦悩</p> <p>がん手術後の社会復帰過程にある患者を抱える家族員の生き方の変化</p> <p>手術を受けたがん患者の社会復帰過程における家族員による支援行動の特徴</p>  | <p>【3-2】がん患者と共に生きる家族員の苦悩と支援（15コード）</p>                 |   |
| <p>がん患者と家族の療養生活の上の困難とCancer Help Net(CHN)活動に求められているもの</p> <p>乳がん患者へのグループ療法後のQOLの測定からみた評価</p> <p>初発乳がん患者に対する心理社会的グループ介入の効果</p> <p>乳がん患者の仕度プロセス段階とソーシャル・サポート・ストレス・コーピングとの関連</p> <p>手術によって病状が悪化した腫瘍ががん患者の療養の受け止め方と社会参加との関連</p>   | <p>【4-1】がん患者の適応のためのソーシャルサポートの効果（21コード）</p>             | <p>4. 心理社会的適応へのサポート（25コード:13.2%）</p>                    |
| <p>初めて病名告知を受けたがん患者の告知に対する認知評価とその変化</p> <p>がん告知に対する一般人と家族の認識の相違とがん患者・家族が望む告知</p> <p>がん患者の告知に対する受け止め方と告知後のプロセスを支える医療者の役割</p> <p>肺がん患者のインフォームド・コンセントの意思とICにおける看護職の役割認識</p>   | <p>【4-2】がん告知と医療者のサポート（4コード）</p>                        |   |
| <p>一般病院におけるがん患者のターミナルケアにおける苦痛への看護援助モデルの作成</p> <p>食道がん患者の生活障害支援のためのアセスメント表の作成と評価</p> <p>日本胃癌がん体験者のMastery of Stress Instrument(MSI)の内発受容性と信頼性の検討</p> <p>放射線治療を受ける頭頸部がん患者の副作用に寄り添うための放射線治療記録表の評価</p> <p>消化器がん手術後の患者と家族員のための外来看護援助モデル構築とその評価</p> <p>陰嚕摘出術を受けるがん患者のための標準化過程シナリオの作成とその有効性の評価</p> <p>がん末期患者に対する生活過程評価が示した在宅移行期の変化</p>                                     | <p>【5-1】がん患者のための援助モデル・尺度などツールの作成と評価（8コード）</p>          | <p>5. 看護介入のためのツール開発とその効果（16コード:8.4%）</p>                |
| <p>乳癌患者の手術前夜の不安に対するサイエンス・コミュニケーション的看護介入の評価</p> <p>がんの予後・転移を告知された乳癌患者と看護婦で行うナラティブ・アプローチの効果</p> <p>M.Nemmanの健康の理論に基づくホリスティックの価値を取り返ることのできた看護職のバーンアウト認識の変化</p> <p>癌末期がん患者と看護職とのケアリレーション・シップが自己認識パターンと人生の意味感に与えるプロセスにおける変化</p> <p>化学療法による嘔気・量吐のあるがん患者に対するリラクゼーションセラピープログラムを用いた介入の効果</p>   | <p>【5-2】看護介入による患者・看護関係の変化とその効果（8コード）</p>               |   |
| <p>末期がん患者の死への思いと病状への対応</p> <p>がんて家族を亡くしたあとの自己イメージの喪失と喪失の回復過程との関連</p> <p>がんて直面した患者の死の受容プロセスと受容を促すケア体験との関係</p>  | <p>【6-1】終末期がん患者の死の受容と家族の喪失と喪失への回復（8コード）</p>            | <p>6. 終末期がん患者・家族のスピリチュアリティと死の受容・悲嘆のプロセス（12コード:6.3%）</p> |
| <p>緩和ケア病室における看護職のスピリチュアルな課題への認識とスピリチュアルケアの実際</p> <p>がん患者のスピリチュアル・ヘルプの必要性の明確化</p> <p>ホリスティックであるがん患者のスピリチュアル・ヘルプとスピリチュアルケアに求められる機能的コミュニケーションの重要性</p>  | <p>【6-2】終末期がん患者のスピリチュアル・ヘルプとスピリチュアルケア（4コード）</p>        |   |

その他11件（5.7%）であった。

#### 6. がんの種類（重複集計）

がんの種類は、乳がんが最も多く59件（24.5%）、次いで消化器がん58件（24.1%）で、中でも上部消化器がんは全消化器がんの52%を占めた。以下、婦人科がん25件（10.4%）、肺がん24件（10.0%）、血液がん14件（5.8%）、頭頸部がん13件（5.4%）、その他の部位16件（6.6%）、特定不可能32件（13.3%）であった。

#### 7. 研究内容（表2）

対象文献190件から得られた研究内容コードは、1文献1コードとしたため190コードであった。これらのコードを意味内容の類似性に基づき分類した結果、15のサブカテゴリ、6のカテゴリが形成された。表2に190コードの一部を抜粋して示す。

（以下、研究内容のカテゴリを【 】、サブカテゴリを「 」、コードを< >にて表す。）

#### 【1. がんの進行や治療がもたらす苦痛や苦難への対処：58コード（30.5%）】

このカテゴリは「治療や困難な状況に対するストレス・コーピング（30コード）」、「治療によるQOLの変化と日常生活における困難に対するセルフケア行動（16コード）」、「病気の進行と治療からくる身体症状へのマネジメントの方略と効果（12コード）」の3つのサブカテゴリ、58コードから形成された。このカテゴリが全体に占める割合は30.5%であった。主なコードは<乳房切除術を受ける患者の術前・術後のストレス・コーピング>、<化学療法を受けるがん患者の入院に伴う生活実態およびセルフケア行動と治療状況との関係>、<婦人科がん患者の術後下肢リンパ浮腫に対する認識と対処行動>などであった。

#### 【2. 困難に立ち向かうための意志力の獲得と自己変容のプロセス：40コード（21.1%）】

このカテゴリは「がん罹患と治療による心理・社会面の変化（14コード）」、「がん体験による自己認識・自己概念の変化（11コード）」、「心理的適応過程とその関連要因（8コード）」、「がん患者の治療に対する意思決定・自己決定（7コード）」の4つのサブカテゴリ、41コードから形成された。このカテゴリが全体に占める割合は21.1%であった。主なコードは<乳がん患者のがん罹患の経験による自己概念の変化の持つ意味>、<乳房温存療法を受ける乳がん患者の術後1年間の心理的变化>、<乳がん患者の危機プロセスと心理的適応との関連>、<治療を自己決定したがん患者の療養過程における思いと必要な支援>などであった。

#### 【3. がんとともに生きる体験とその意味づけ：39コード（20.5%）】

このカテゴリは「がん患者の生きる体験とその意味づけ（24コード）」、「がん患者と共に生きる家族員の苦悩と体験（15コード）」の2つのサブカテゴリ、37コードから形成された。このカテゴリが全体に占める割合は20.5%であった。主なコードは<がん手術後5年以上経過した患者と家族員の社会復帰過程におけるがん罹患の意味づけ>、<進行肺がん患者の生の過程とそれを支える家族の苦悩>などであった。

#### 【4. 心理・社会的適応へのサポート：25コード（13.2%）】

このカテゴリは「がん患者の適応のためのソーシャルサポートの効果（21コード）」、「がん告知と医療者のサポート（4コード）」の2つのサブカテゴリ、25コードから形成された。このカテゴリが全体に占める割合は13.2%であった。主なコードは<初発がん患者に対する心理社会的グループ介入の効果>、<がん患者の告知に対する受け止め方と告知後のプロセスを支える医療者の言動>などであった。

#### 【5. 看護介入のためのツール開発とその効果：16コード（8.4%）】

このカテゴリは「がん患者のための援助モデル・尺度などツールの作成と評価（8コード）」、「看護介入による患者・看護師関係の変化やその効果（8コード）」の2つのサブカテゴリ、16コードから形成された。このカテゴリが全体に占める割合は8.4%であった。主なコードは<消化器がん手術後の患者と家族員のための外来看護援助モデルの開発とその評価>、<老年期がん患者と看護師とのケアリングパートナーシップが自己認識パターンと人生の意味を見出すプロセスにもたらす変化>などであった。

#### 【6. 終末期がん患者と家族のスピリチュアリティと死の受容・悲嘆のプロセス：12コード（6.3%）】

このカテゴリは「終末期がん患者の死の受容と遺族の悲嘆過程への援助（8コード）」、「終末期がん患者のスピリチュアルペインとスピリチュアルケア（4コード）」の2つのサブカテゴリ、12コードから形成された。このカテゴリが全体に占める割合は6.3%であった。主なコードは<がんに直面した患者の死の受容プロセスと受容を促すケア体験との関連>、<ターミナル期にあるがん患者のスピリチュアルペインとスピリチュアルケアにおける援助的コミュニケーションの重要性>などであった。

## VI. 考察

### 1. 適応に関する研究の動向

がん体験者の適応に関する研究論文数は、1997年には年間5件であったが2001年を境に年間20件以上に増加し、2005年には35件にまで上っている。がん医療を取り巻く状況は、21世紀に入り診断技術の向上・集学的治療などの飛躍的な進歩によって、治療を評価する医学的な基準である5年生存率が、全悪性新生物において50%を超えるようになった<sup>11)</sup>。「がん＝死」と、がんは死と直結するものと捉えられ、恐れられていた時代から、「がんは急性期のエピソードをもつ慢性疾患」という考え方が定着し、「がんと共に生きる時代」へと変化しつつある。そして、2001年の第15回がん看護学会学術集会が“がんサバイバーシップ”をメインテーマとして開催された<sup>12)</sup>ことも、その後の適応に関する研究数の増加の一因となっていると考えられる。

研究の種類は質的研究(72.6%)が、デザインでは因子探索研究(76.3%)が圧倒的に多い。“適応”という現象を捉え、人間の体験をあるがままに記述し、理解するためには質的研究が適している<sup>13)</sup>ことからその研究数も多いと考えられる。次いで、関連検証研究、因果仮説検証研究、関係探索研究の順となっている。がん看護学領域における研究の動向を調査した先行研究<sup>14-15)</sup>において、因果仮説検証研究が少ないことは指摘されており、本研究においても同様の傾向にあると言える。因果仮説検証研究は、探求レベル4に相当する研究方法<sup>16)</sup>であり、最終的に因果関係を確立して、普遍的法則を見出すことを目的とするものである。人間を対象とした研究としては、複雑な現象を扱うことや倫理的側面から難しい研究ではあるが、看護介入の効果を実証しエビデンスを確立していくためには重要な研究であるため、因果仮説検証研究の増加が今後期待される。

データ収集方法は、質的研究が多いために面接法が多く、観察法と組み合わせた方法をとるものが多かった。既存の質問紙を用いた研究においても複数の尺度を組み合わせて、自作質問紙を同時に用いる方法などがとられていた。研究の種類として triangulation が数としては少ないものの、一定して行われるようになってきていることや、がん体験者の適応を支えるためには、対象の一側面だけではなく、全人的なアプローチが必要とされることから、対象を多面的に捉える傾向は今後も続くと考えられる。

分析方法は、質的(帰納的)方法が最も多かったが、論文中に明確な分析方法の記載のないものも多かった。近年になり、内容分析や現象学的方法が増加傾向

にある。参加観察法や介入研究の増加に伴い、現象をありのままに捉え、分析するそれらの方法はさらに増えると考えられる。量的研究は2001年が最も多く、中でも関連検証研究デザインが多かった為に、それを反映して推測統計の使用が多かったと考えられる。

研究対象は、患者がほとんどを占める。家族に対しては家族単独というものより、がん患者と共に生きるという体験を通して家族も共に変化していくというような、家族の一員として患者の位置づけがされていることが伺える。適応の観点から考えれば、患者のみを捉えるのではなく家族として、社会的な存在として捉えることは重要であると考えられる。看護師を対象とした研究は、看護師の思いや捉え方に関するものもあるが、M.Newman の「拡張する意識としての健康の理論」を理論的枠組みとしたケアリングパートナーシップなどの介入研究を通して、看護師が関わる中での患者との関係性の変化や、介入に対する評価に焦点をあてた研究が見られるようになってきた。がん体験者が他者との関係性の中で自分の状況を肯定的に意味づけ、新たな自己概念を形成することは重要なことであり、適応を促進していくための支援としてさらに多くの研究が望まれるところである。

研究時期は、Leigh.S のがんサバイバーシップの季節<sup>17)</sup>を基に分類した。2003年の藤田のサバイバーシップに関する先行研究<sup>18)</sup>では、「生存期間が飛躍的に延長しているにも関わらず、わが国のがん長期生存者に焦点をあてた研究は非常に少ない。日本におけるがん体験者に関する研究は、治療期および終末期に焦点をあてたものが殆どで、extended stage や permanent stage のがん体験者を対象にしたものは少ない。」とあった。本研究においては、extended stage と permanent stage の明確な分類が困難であったため、この時期を1つにまとめ、サバイバーシップのプロセスを3つに区分した。その結果、診断から一連の治療終了までのⅠ期が最も多かったが、extended stage と permanent stage にあたるⅡ期も2001年より増加しており、その数は先行研究<sup>19)</sup>から「がん看護学会では常に半数以上を占めていた終末期」とあり、以前は多くを占めていたⅢ期である終末期の1.5倍を越えている。嶺岸ら<sup>20)</sup>が1999年に「がんと共に生きる長い時期を視野に入れたりハビリテーション期の研究の増加が予測される。」と述べていたが、それは現実のものとなっている。その他、2期以上にわたる縦断的研究も少しずつみられるようになった。藤田<sup>21)</sup>は、「これまでがん体験者の生きるプロセスの一部を捉えて看護援助を行い、長期的な視野に立ったがん患者への支援は十分



でなかった。」と述べているように、今後は長期的な時間軸の中でがん体験者を捉え、支援していくための縦断的な研究がますます望まれる。

がんの種類では、乳がんと消化器がんが多かった。両者の罹患率を考えれば当然の結果である。その他、近年増加傾向にあるのは頭頸部がんである。頭頸部がんは表面的に目立つ部位であり、治療によりボディイメージの変化や器質的障害をもたらすことから、その適応については長期的な支援を必要とする点で、乳がんや消化器がん（特に上部消化器がん）と共通すると考えられる。また、乳がんに関しては、サポートグループ、セルフヘルプグループなどのソーシャルサポートが、他のがん種に比べ早期から取り組まれていることもあり、適応における研究の中でも多くを占める要因となっていると考えられる。

研究内容については、最終的に6カテゴリに分類された。最もコード数の多かったカテゴリは、【がんの進行や治療がもたらす苦痛や困難への対処】であった。本研究では、研究の内容を身体的・心理的・社会的という視点からの区分はしていないが、このカテゴリには、ストレス・コーピングのように心理的、社会的苦痛と、症状マネジメントやセルフケア行動などの主に身体的苦痛に関するものの両方が含まれている。しかし、その他4カテゴリは、がんと共に生きるプロセスでの体験に対する意味づけや、適応していくための自己の変容に関するもの、終末期におけるスピリチュアルペインや死の受容、心理社会的なサポートに関するものといった、心理社会的側面を重視したカテゴリとなっており、これは、嶺岸ら<sup>22)</sup>の「対象の心理・社会的面をアセスメントし、理解する段階までの研究が多かった。」とする先行研究と一致する。しかし、症状マネジメントに関して、「米国がん看護学会の優先度研究では、症状マネジメントが第1位に挙げられているが、日本では少ない<sup>23)</sup>」とされた1995年から考えると、近年の症状マネジメントに関する研究の増加は、この10年間余の変化であると捉えることができる。身体的苦痛の軽減なくして“適応”することは困難であることは明らかであり、後述する介入研究にも関連すると考えられる。残るカテゴリ【看護介入のためのツール開発とその効果】は、研究結果からもわかるように、介入研究とその評価に関してがん看護学領域の研究の流れの中でも重要なカテゴリであると考えられる。嶺岸ら<sup>24)</sup>は「今までの研究の結果から、どう対象に働きかけ支援するかという看護インターベンションを主とした研究が求められる。」と述べていた。それは、この10年間で徐々にではあるが着実に進展してい

ると考えられる。

## 2. 今後の課題

嶺岸らの先行研究<sup>25)</sup>から10年が経過したが、その中で示唆されていた「今後の重要度が増すであろうと予測される研究は、がんと共に生きる長い期間を視野に入れたりハビリテーション期の研究である」という提言は、現在少しずつ現実のものとなってきている。がん医療の進歩的発展は今後も続くと思われるが、そのような医療や社会的状況に合わせてがん看護もさらに変化し、発展し続けなければならない。

今後の課題として研究内容から示唆されたことは、まず第1に研究内容として最も多かった【がんの進行や治療に伴う困難や苦痛への対処】というカテゴリが示すように、身体的な苦痛を軽減するために、また、がん体験者自身がセルフコントロールできるような効果的な介入方法を確立すること、さまざまなストレスに対する適切な対処方法を広く周知できるようにしていくことが挙げられる。第2に、長期生存が可能となっている今、がんを抱えながら生きるという全人的な苦痛を持ち続けなければならない患者を、サポートするシステムの確立がQOLの維持・向上の観点からも望まれる。そして第3には、サバイバーシップにおけるfinal stageにある患者と家族が望む、安寧な死を迎えることができるようなサポートシステムを確立することが挙げられる。そのためには、サバイバーシップのすべてのプロセスに対応できるソーシャルサポートの充実が不可欠である。近年では、種々のサポートプログラムを用いての評価研究が見られるようになってきている。

小島<sup>26)</sup>は第20回日本がん看護学会の“学会20年の歩みとがん看護の進展”という基調講演において、「今期10年の発表演題の中で最近特に増えている演題は、代替療法とサポートプログラムである。」と述べており、これは本研究の結果の裏付けとなるものである。以上のことから、今後更なる研究の積み重ねが行われ、その成果を実現させていくことが期待される。

## 3. 研究の限界

本研究は“適応”という広い概念について、先行研究から適応を構成する要素を導き、それに沿って検索された原著論文を対象としたが、“適応”についてすべて網羅できたかということに関して評価することは難しい。対象文献の選定に関しては、なるべく多くの文献からの示唆を得ることが必要と考え190文献を採用したが、研究者の主観的判断が含まれていることは否定できないと考える。これは、今回の研究の限界である。近年、長期的な適応に関する研究が増えてきて



いるため、さらに“適応”についての探求を行い、より洗練された概念として“適応”を考えていきたい。

## VII. 引用文献

- 1) 藤田佐和：がん体験者のサバイバーシップに関する研究の動向と課題．高知女子大学看護学会誌2003；28(2)：42-52
- 2) 近藤まゆみ，嶺岸秀子：がんサバイバーシップ　がんとともに生きる人々への看護ケア．医歯薬出版，2006：2-11
- 3) 渡辺孝子：乳がん患者の心理的適応に関連する要因の研究．日がん看会誌．2001；15(1)：29-37
- 4) Benner P, Wrubel J：The Primacy of Caring Stress and Coping in Health and Illness, Adison-Wesley Publishing Company, 1989: 62-63
- 5) 藤田佐和：外来通院しているがん体験者のストレスと折り合いをつける力．高知女子大学看護学会誌2001；26(2)：1-10
- 6) 嶺岸秀子，遠藤恵美子：日本における過去10年間(1988～1997年)のがん看護実践領域における研究の概観と今後の課題．日がん看会誌．1999；13(1)：1-13
- 7) 山澄直美，岩波浩美，定廣和香子他：わが国の安全管理に関する看護学研究の現状－安全管理．教育のエビデンス構築への課題の検討－．群馬県立県民健康科学大学紀要．2007；第2巻：27-45
- 8) Diers.D.：探求のレベルと研究計画．小島通代，岡部聡子，金井和子訳．看護研究　ケアの場で行うための方法論．日本看護協会出版会，1990：90-91
- 9) Berelson.B：稲葉三千男，金　圭煥訳．社会心理学講座Ⅶ　内容分析．みすず書房，1957：1-57
- 10) 前掲書2)，p3
- 11) 前掲書2)，p2
- 12) 小島恭子：第15回日本がん看護学会学術集会開催にあたって．日がん看会誌15巻　特別号，1，2001
- 13) D.F.ポーリット，B.P.ハンクラー：近藤潤子監訳．看護研究－原理と方法－質的データの分析．医学書院，2003：266
- 14) 前掲書6)，p8
- 15) 真壁玲子：がん看護学領域における研究の動向と課題　過去5年間(1998～2002年)に看護系学会誌2誌に掲載された研究論文　日がん看会誌17(2)，13－19，2003
- 16) 前掲書8)，p266
- 17) 前掲書2)，p3
- 18) 前掲書1)，p42
- 19) 前掲書6)，p8
- 20) 前掲書6)，p8
- 21) 前掲書1)，p52
- 22) 前掲書6)，p9
- 23) 前掲書6)，p9
- 24) 前掲書6)，p9
- 25) 前掲書6)，p8
- 26) 小島操子：日本がん看護学会20年の歩みとがん看護の進展，日がん看会誌20(2)，5 - 11，2006

## Trends and Tasks in Research Concerning Adaptation of Cancer Survivors

Michiko SUNAGA<sup>1)</sup>, Tamae FUTAWATARI<sup>2)</sup>

**Abstract :** This study aimed to clarify the trends and tasks in nursing research based on publications, between January 1997 and March 2007, describing adaptation by cancer survivors. Attention was focused on 190 original articles retrieved from Igaku Chuo Zasshi (Japanana Centra Revuo Medicina) using the following key words: Adaptation, Cancer Experience, (meaning of) Living, Cancer Rehabilitation, Self-Concept, Cancer Patients, and Nursing .Descriptive statistic values were obtained for the number of research papers and methods, and a content analysis of the studies was also carried out. The results showed that studies of adaptation increased markedly after 2001. In regard to the study design, those designed to identify factors accounted for 76.3% of all studies. The period of the study was most frequently the acute-stage until the end of a series of treatments in survivorship. The study content was classified into the following 6 categories: 【1. response to distress and difficulties caused by progression of cancer and treatment of the disease】, 【2. acquisition of willpower to face difficulties and the process of self-transformation】, 【3. living with cancer and its meaning】, 【4. support for psychosocial adaptation】, 【5. tool development for nursing intervention and its effects】, 【 6. spirituality of terminal-stage cancer patients and their families and the process of death acceptance and grief】 . Further research is desirable to obtain a good understanding of survivors living with cancer from the viewpoint of long-term adaptation and to establish the optimal method of nursing intervention and support systems to provide help in the process of survivorship.

**Key words :** Cancer Survivors, Adaptation, Survivorship

---

<sup>1)</sup> Graduate School of Health Sciences, Gunma University School of Medicine

<sup>2)</sup> School of Health Sciences, Faculty of Medicine Gunma University